

## Attestation de vaccinations et d'immunisation\* (Arrêté du 2 août 2013)

A remplir par l'étudiant :

Prénoms :

Nom de naissance :

Nom marital :

Né(e) le :

Etudes suivies :

Durée du cursus : ... ans

202.. – 202..

### ADMISSION EN STAGE MEDICAL OU PARAMEDICAL

#### Vaccinations obligatoires:

Type de vaccins	Nom des vaccins utilisés	Nb total de doses reçues	Type de protocole hépatite B (2+1, 3+1...)	Date de la dernière dose
Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche				
Hépatite B				

#### Certificat médical :

Je, soussigné(e) ....., certifie que (prénom, nom) :

1) a réalisé une sérologie Hépatite B le ...../...../20.....et est considéré(e) comme :

<sup>(1)</sup>immunisé(e) contre l'hépatite B  Oui

<sup>(1)</sup>non répondeur(euse) à la vaccination  Oui (sérologie négative après 6 doses)

<sup>(1)</sup>Rayer la mention non conforme

2) que ses vaccinations obligatoires sont à jour :

pour l'année universitaire  Oui  Non

Rappel(s) à faire pendant le cursus  Oui  Non

Fait à ....., le .....

Signature du médecin + tampon

### OU ORIENTATION VERS LE SERVICE DE SANTE UNIVERSITAIRE-SSU

Je, soussigné(e) .....,

certifie avoir orienté l'étudiant(e) vers le SSU avant l'admission en stage pour :

- Protocole(s) de vaccination inconnu(s), incomplet(s) ou non conforme(s)
- Résultats sérologie Hépatite B
- Autre : .....

(\*) Service de Santé Universitaire

**Cette attestation ne doit être donnée qu'au SSU, qui validera l'admission en stage**

Fait à ....., le .....

Signature du médecin + tampon

T.SVP→

**Tout étudiant / élève ne répondant pas à ces obligations vaccinales ne pourra pas être admis en stage.**

# INSTRUCTIONS POUR L'ATTESTATION DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION FILIERES MEDICALES ET PARAMEDICALES

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

### DIPHTERIE TETANOS POLIO (DTP)

**La réglementation exige une vaccination à jour du calendrier vaccinal.**

Depuis le calendrier vaccinal 2013, les rappels sont à 11-13 ans, puis 25 ans, 45 ans, 65 ans. A minima lorsque l'ensemble des antécédents vaccinaux ne sont pas connus, 3 doses documentées sont demandées dont 1 dTcaP.

Noter la date du prochain rappel dans « Observations ».

#### Rattrapage :

En cas de statut vaccinal inconnu ou lorsque 3 doses ne sont pas documentées, faire une dose de rattrapage (dTcaP), puis 4 à 8 semaines plus tard, faire un dosage des Ac antitétaniques. La poursuite du rattrapage est fonction du résultat :

- $\geq 1$  UI/ml : pas de dose supplémentaire
- entre 0,1 à 1 UI/ml : refaire une dose 6 mois plus tard, puis reprise du calendrier vaccinal
- $< 0,1$  UI/ml : refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1<sup>ère</sup> dose de rattrapage, puis reprise du calendrier vaccinal

### HEPATITE B

**La réglementation exige la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 10 UI/L.** En l'absence de résultats antérieurs, une sérologie, comportant le **dosage des Ac anti HBs ET des Ac anti HBc doit être faite** (PS : Les résultats ne seront pas notés sur l'attestation (**secret médical**)).

Si le protocole de vaccination n'est pas complet, il devra être complété (**chaque dose compte, même ancienne**) et la sérologie de contrôle sera faite **au minimum 1 mois après** la primovaccination ou le rappel.

#### DEMARCHE EN FONCTION DE LA SEROLOGIE

SEROLOGIE	Protocole de vaccination	OBSERVATIONS	ORIENTER VERS SSU	ADMISSION EN STAGE
<b>Résultats : Si Ac anti HBc négatif et</b>				
Ac anti HBs > 100 UI/L <b>immunisé(e)</b>	Complet ou inconnu	Pas de rappel		oui
	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
Ac anti HBs $\geq 10$ UI/L et $\leq 100$ UI/L <b>immunisé(e)</b>	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
	inconnu	Faire un rappel		oui
Ac anti HBs < 10 UI/L <b>non immunisé(e)</b>	complet et conforme	Faire un rappel puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois		oui
	incomplet	Faire un rappel conforme au protocole puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois	oui	Selon avis SSU
	inconnu	Faire un rappel puis, <b>si 1 mois après :</b> Ac anti HBs > 100 UI/L : plus de rappel $\geq 10$ UI/L et $\leq 100$ UI/L : 2 <sup>e</sup> rappel à 6 mois < 10 UI/L : débiter le protocole 2+1	oui	Selon avis SSU
	jamais vacciné	Débiter le protocole 2+1	oui après 2 <sup>e</sup> dose	
<b>Résultats : si Ac anti HBc positif, compléter par un dosage Ag HBs et ADN VHB, et</b>				
Ag HBs négatif Ac anti HBs $\geq 10$ UI/L <b>Immunisté(e)</b>				oui
Ag HBs négatif Ac anti HBs < 10 UI/L		2e contrôle des Ac anti HBc (faux positif ?)	oui	Selon avis SSU
Ag HBs positif +/- ADN VHB <b>hépatite chronique</b>		Orienter vers avis spécialisé	oui	Selon avis SSU

## VACCINATIONS RECOMMANDEES (HAS)

### COQUELUCHE

Pour les étudiants jamais vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux à l'âge adulte, faire un rappel dTcaP. En cas de coqueluche documentée, faire ce rappel si la maladie contractée date de plus de 10 ans.

### ROUGEOLE-RUBEOLE

Les étudiants doivent avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent ROR.

### VARICELLE

Les étudiants sans antécédent de varicelle **et dont la sérologie est négative** doivent être vaccinés.